



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

Depression - mit sich selbst und der Welt zerfallen

Boothe, B

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-60807>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Boothe, B (2011). Depression - mit sich selbst und der Welt zerfallen. Tertianum:3-7.



Von Brigitte Boothe

■ Häufigkeit, Verbreitung, Zunahme
Weltweit gehören die Depressionen zu den häufigsten Störungsbildern. Bevölkerungsstatistisch sind etwa 100 Millionen Menschen der Weltbevölkerung mindestens einmal im Leben von einer Depression betroffen, Frauen häufiger als Männer. Man geht davon aus, dass

Depression- mit sich selbst und der Welt zerfallen

jede dritte erwachsene Person im deutschsprachigen Raum mindestens einmal von einer depressiven Störung betroffen war oder ist. Die depressiven Störungsbilder führen zu schweren Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, des sozialen Lebens und der Alltagsbewältigung. Ausgeprägte depressive

Störungsbilder haben den Verlust der Arbeits- und Berufsfähigkeit zur Folge. Als Ursachen für die Tendenz zur Ausbreitung der depressiven Störungen vermutet man globale gesellschaftliche Probleme, die sich als gesundheitliche Risiken auswirken. Das sind Verluste von Beziehungen und Strukturen, die Kontinuität, Auskommen, Sicherheit, Zugehörigkeit, Vertrauen und Zuversicht erlauben. Das gilt bereits für Jugendliche und in hohem Mass für Personen aus dem Umfeld der Migration.

■ Erscheinungsbilder und Ursachen

Wer unter einer depressiven Störung leidet, hat mindestens einige der folgenden Symptome:

Im Mittelpunkt stehen

- Niedergeschlagenheit und Dysphorie
- Verlust von Interesse und Freude
- Verlangsamung, Blockade, Erschöpfung.

Hinzu kommen oft

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Erleben des Ungenügens und der Überforderung
- Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Selbstanklagen, Selbstvorwürfe, Selbstbezeichnungen, Grübeln um Verfehlungen und moralisches Versagen, Erleben der eigenen Person als wertlos
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, Suizidhandlungen.

Als Symptome auf körperlicher Ebene kommen hinzu

- Schlafstörungen, innere Unruhe
- verminderter Appetit
- rasche Ermüdung
- Verlust der sexuellen Appetenz
- Gewichtsverlust
- Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, andere Schmerzsymptome
- Verdauungsstörungen, vor allem Verstopfung.

Depressive Störungen werden heutzutage in grossen internationalen Klassifikationssystemen erfasst, die weltweit in der medizinischen und psychologischen Forschung und Praxis verwendet werden. Die beiden wichtigsten Systeme sind die „International Statistical Classification of Diseases“ (ICD), die sowohl körperliche als auch psychische Störungsbilder erfasst, und das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM). Beide Kompendien befinden sich in fortlaufender Überarbeitung und Aktualisierung durch internationale Expertengruppen. Gegenwärtig sind ICD-10 und DSM-IV-TR in Gebrauch. DSM und ICD bieten beschreibende Bestandsaufnahmen der psychischen Störungen, denn bei den meisten dieser Symptombilder sind die Ursachen nicht bekannt. ICD und DSM informieren über Symptomatik, Schweregrad und zeitlichen Verlauf.

Beim ICD-10 werden die Depressionen so eingeteilt:

- Leichte bis mittelschwere depressive Episode
- Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen.

Man unterscheidet charakteristische Erscheinungsbilder:

- die gehemmte Depression (Gehemmtheit, Blockaden, Unfähigkeit, sich zu freuen, tiefe Verstimmtheit und Niedergeschlagenheit, Verlangsamung, Erschöpfbarkeit, Antriebsverlust)
- die agitierte Depression (hektische Betriebsamkeit, ängstliche Unruhe)
- die larvierte Depression (Funktionelle Organbeschwerden stehen im Vordergrund und lenken den Verdacht bei Patient und Arzt zuerst auf eine körperliche Erkrankung.)
- die psychotische Depression (psychotische Symptome wie der wahnhaft Glaube, Schuld auf sich geladen oder sich versündigt zu haben, Verarmungswahn, visuelle und akustische Halluzinationen, Drang, sich selbst zu bestrafen und sich zu schädigen)
- die atypische Depression (vegetative Symptome wie Gewichtszunahme, Drang, sich zu überessen, extreme Empfindsamkeit und Kränkbarkeit).

Depressive Episoden und lang anhaltende depressive Zustände kommen selten allein. Man beobachtet oft Komorbidität, das heisst: das gleichzeitige Vorhandensein von Depressionen und anderen psychischen

Störungen, beispielsweise Depression und Angst, Depression und übermäßiger Alkoholkonsum, Depression und Tabletten- oder Drogenmissbrauch.

Depressiv erkrankte Personen sind oft durch Verwandte ersten Grades familiär vorbelastet. Bei einem kranken Elternteil beträgt das Erkrankungsrisiko der Kinder zwischen 10 und 20 %, sind beide Eltern betroffen, erhöht sich das Risiko auf bis zu 60 %. Die genetische Basis der möglichen Vererbung ist offen. Auch ist das familiäre Milieu bedeutsam, denn das Zusammenleben von Kindern mit depressiven Erwachsenen fördert eine depressive Mentalität bei den Kindern.

Viele Menschen, die in besonderer Weise verletzlich oder vulnerabel sind, verarbeiten kritische Lebensereignisse wie Verlust einer Bezugsperson, Scheitern bei wichtigen Vorhaben und Herausforderungen, soziale Marginalisierung durch Verlust des Arbeitsplatzes, Berentung, Umsiedelung, Erfahrungen der Bedrohung, Demütigung und Kränkung depressiv.

Auch biochemische Faktoren werden im Zusammenhang mit möglichen Ursachen depressiver Entwicklungen diskutiert. Besondere Beachtung findet die Annahme, dass bei depressiven Personen eine Dysbalance der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin vorhanden ist. So kann ein Serotoninmangel zu Symptomen wie Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit und Schlafstörungen führen. Eine verminderte Konzentration von Noradrenalin könnte für Konzentrati-

onsschwierigkeiten und die Tendenz zu körperlichen Beschwerden verantwortlich sein. Eine Dysbalance der beiden Botenstoffe bedingt möglicherweise eine Hemmung absteigender Nervenbahnen und kann so die Wahrnehmung körperlicher Beschwerden, bis hin zu Schmerzen, verstärken.

■ Therapie

Pharmakotherapie als Bestandteil der Depressionsbehandlung bewirkt über biologische und biochemische Prozesse eine Milderung oder das Abklingen der Symptomatik. Medikamente, die der Stimmungsoptimierung dienen, sollen antidepressive Wirkstoffe haben, die Häufigkeit und Schwere der auftretenden Symptome reduzieren, symptomfreie Intervalle verlängern und keine entgegengesetzte Stimmung auslösen.



Albrecht Dürer: Melancholia I

Bei den Antidepressiva ist das Risiko bekannt, dass die Einnahme manische Symptome begünstigt. Als therapeutischer Standard unter den Antidepressiva gelten noch heute die Trizyklischen Antidepressiva (TZA). Doch gibt es Hinweise darauf, dass Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSR) und sogenannte Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer) sich in der Behandlung depressiver Episoden, insbesondere bipolarer Störungen – hier wechseln depressive Phasen mit Phasen der Manie – besser eignen.

Neuroleptika werden traditionell bei schweren depressiven Störungen mit psychotischen Symptomen und bei bipolaren Symptombildern eingesetzt. Sie sind jedoch nicht wirksam, was die depressive Rückzugsneigung, die Antriebslosigkeit und den Interessenverlust betrifft. Auch haben sie schwere motorische Nebenwirkungen.

Bei der Psychotherapie hat sich die kognitiv verhaltenstherapeutische Behandlung in zahlreichen empirischen Studien als erfolgreich und wirksam gezeigt. Hier wirkt man gezielt und systematisch auf das Denken und die negativistischen Bewertungsmuster depressiver Patienten ein. Eine wichtige Rolle spielt hier der sogenannte sokratische Dialog, eine Form der Gesprächsführung zwischen Therapeut und Patient, in der beide anhand von biografischen Ereignissen, die der Patient schildert, die problematischen Selbstbewertungen und Selbsteinschätzungen des depressiv Erkrankten untersuchen und infrage stellen.



Prof. Dr. Brigitte Boothe

Laien finden im Internet ohne weiteres Fragebögen, mit denen sie eine mögliche eigene Depressivität selbst testen und beurteilen können. Oft verbinden sich die Tests mit Empfehlungen, Ratschlägen und kundengerechten kurzen Informationen zu Erscheinungsformen, Risiken und Behandlungsmöglichkeiten. Auch

Psychotherapie verbindet sich oft mit psychoedukativen Massnahmen, das heisst, man klärt die Patienten über das aktuelle klinische Wissen zur Depression auf und bietet ihnen pädagogische Trainings zur Verbesserung der Alltagsbewältigung oder von Beziehungs- und Selbst einschätzungskompetenzen an.

Ob aber depressive Personen in ihrem Urteilsvermögen wirklich eingeschränkt sind und die Dinge verzerrt sehen, ist gar nicht so klar, wie es auf den ersten Blick scheinen könnte. In der empirisch-experimentellen Depressionsforschung fand man, dass die Einschätzungen und Urteile depressiver Personen über ihre Leistungen oft realistischer waren als diejenigen gesunder Personen. Gesunde neigten eher zur Überschätzung der eigenen Leistungen. Depressive sind „sadder but wiser“, trauriger, aber klüger, hiess es, während Gesunde zum erheiternden Illusionismus neigen. Die Befunde bleiben bis heute kontrovers.

In psychoanalytischer Sicht erschliesst sich das Bild der Depression als pathogener Konflikt, der bei einem erlittenen Verlust ansetzt. Zum Beispiel: Eine Person wird vom Liebespartner verlassen. Der Verlust ist nicht nur traurig, sondern auch kränkend und betrifft das Selbstwertgefühl. Die Person könnte Aggressionen auf den verlassenden Partner richten, aber sie wendet diese, im geschwächten Selbstwertleben und im Gefühl von Ohnmacht, Beschämung und Hilflosigkeit gegen sich selbst. Sie verwirft nicht nur die jetzt so öde Welt, sondern wütet auch gegen sich selbst. Doch

sind die Selbstanklagen immer auch Anklagen, wie es in der Psychoanalyse heisst. Sie sind indirekter Ausdruck der Aggression, die dem andern galt; doch jetzt sind die Vorwürfe, Attacken und Klagen gegen sich selbst gerichtet. Der andere kann gleichsam nicht aufgegeben werden.

■ Die melancholische Mentalität

Die Erfahrung der Welt als öde und leer, die Erfahrung der eigenen Person als hilflos, wirkungslos, kraftlos und einsam kann sich generalisieren zur melancholischen Mentalität oder zur Mentalität des Melancholikers. Diese fand von früh an Eingang in Literatur, Religion und Philosophie. Besondere Berühmtheit fand Robert Burtons umfangreiches Buch „Die Anatomie der Schwermut“. Es hatte grossen Erfolg und geniesst bis heute Interesse, begünstigt durch die neue Übersetzung, Redaktion und Bearbeitung durch Ulrich Horstmann (2003), einen Anglisten und bekennenden Melancholiker. Depressive Erkrankungen sind quälend, die melancholische Mentalität besitzt jedoch ein eigenes Genusspotential als souveräne Haltung der Vergänglichkeit und Nichtigkeit der Welt und der eigenen Existenz gegenüber. Das ist „sadder but wiser“ und entpuppt sich gelegentlich als tröstende Phantasie der Überlegenheit, die aber den erlittenen Verlust nicht überwinden hilft.

Prof. Dr. Brigitte Boothe, Psychoanalytikerin, Psychotherapeutin, Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Psychologie an der Universität Zürich.

■ Literaturhinweise

Beck, A.T.: Kognitive Therapie der Depression.

Herausgegeben von Martin Hautzinger. Aus dem Amerikanischen von Gisela Bröndel. 3. Auflage. Weinheim: Beltz 2004

Burton, R.: Die Anatomie der Schwermut.

Übersetzt aus dem Englischen von Ulrich Horstmann. Frankfurt a. M.: Eichborn Verlag 2003.

Freud, S.: Trauer und Melancholie. Studienausgabe, Bd. III.

Frankfurt: Fischer. Erscheinungsjahr 1915, S. 193–194.

Graubner, B.: ICD-10-GM Version 2010, Systematisches Verzeichnis.

Stuttgart: Kohlhammer.

Rink, K., Holzschuster, M. & Michel, S.: Was motiviert Depressive zur Präferenz negativer, selbstbezogener Information – das negative Selbstbild bestätigen oder sich verbessern wollen?

In: G. W. Alpers, H. Krebs, A. Mühlberger, P. Weyers & P. Pauli (Hrsg.): Wissenschaftliche Beiträge zum 24. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Lengerich: Pabst Science Publishers 2006.

Sass, H. et al.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe 2003.